

	<b>SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE</b> <b>Settore Economico</b> 0173/316.523-520	Codice procedimento: 30/PERS
		Termine per provvedere: 90 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.3.02.02

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>  
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Personale

## **AUTORIZZAZIONE DI MISSIONE / RIMBORSO CHILOMETRICO**

Si dispone l'invio in missione del dipendente:

..... (cognome e nome) ..... (matricola) ..... (qualifica)

il/i giorno/i ..... presso .....  
..... (ente)

..... per .....  
..... (località) ..... (motivazione)

con uso di mezzo (barrare la casella):  Proprio  Dell'Ente  Gratuito  Pubblico

Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S.  
(timbro e firma)

Alba/Bra, li .....

(Da compilare solo per uso mezzo proprio)	Il sottoscritto ..... chiede l'autorizzazione all'uso del proprio mezzo in quanto: (barrare la lettera con la motivazione interessata)
	a) mancanza di disponibilità di automezzo aziendale con contestuale mancanza o inadeguatezza dei mezzi pubblici; b) la missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi; c) se a seguito dell'impiego di mezzo proprio, si evita un pernottamento; d) in presenza del presupposto a) è necessario il trasporto di materiale ingombrante e/o delicato indispensabile per la missione; e) disabilità fisica del conducente con oggettiva impossibilità di fruire di un'auto di servizio.
	Alba/Bra, li ..... (il dipendente) _____ VISTO: si autorizza l'uso del mezzo proprio. Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S. (timbro e firma) _____ <b>NB: solo in caso di viaggi effettuati in più date è necessario compilare e consegnare anche il modulo allegato</b>

### **DICHIARAZIONE DI AVVENUTA MISSIONE**

Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità che la missione è

iniziata il giorno ..... alle ore .....

ha avuto termine il giorno ..... alle ore .....

e che i chilometri percorsi sono stati in totale n. \_\_\_\_\_

Allega i documenti in originale, comprovanti le spese sostenute, delle quali richiede il rimborso.

Alba/Bra, li .....

\_\_\_\_\_ (il dipendente)

VISTO: si convalida quanto dichiarato sopra dal dipendente

Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S.  
(timbro e firma)

